

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

1151

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eitel DIKA NSANGUE AKWA

Né le 6 Novembre 1922, à Douala (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 1963

**L'abaissement
rétro-rectal et trans-anal du côlon
dans
la chirurgie recto-colique de l'adulte**

Président : M. OLIVIER, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : DIKA NSANGUE AKWA

Prénom : EITEL

Date de Soutenance : 20 novembre 1963

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

DIKA NSANGUE AKWA
(EITEL) - L'abaissement rétro-
rectal et trans-anal du côlon
dans la chirurgie recto-colique
de l'adulte. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
50 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Univ.), Paris,
1963, N°).

DIKA NSANGUE AKWA
(EITEL) - L'abaissement rétro-
rectal et trans-anal du côlon
dans la chirurgie recto-colique
de l'adulte. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
50 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Univ.), Paris,
1963, N°).

DIKA NSANGUE AKWA
(EITEL) - L'abaissement rétro-
rectal et trans-anal du côlon
dans la chirurgie recto-colique
de l'adulte. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
50 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Univ.), Paris,
1963, N°).

DIKA NSANGUE AKWA
(EITEL) - L'abaissement rétro-
rectal et trans-anal du côlon
dans la chirurgie recto-colique
de l'adulte. — Paris, Imp. R.
Foulon et Cie, 1963, in-8°,
50 p., 7 fig.

(Thèse Médec. (Univ.), Paris,
1963, N°).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Eitel DIKA NSANGUE AKWA

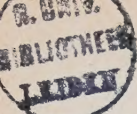
Né le 6 Novembre 1922, à Douala (Cameroun)

Présentée et soutenue publiquement le 20 novembre 1963

L'abaissement
rétro-rectal et trans-anal du côlon
dans
la chirurgie recto-colique de l'adulte

Président : M. OLIVIER, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1963



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HELIYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIE (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELÈVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHT (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique . .	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Éducation physique et aux sports . .	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale . . .	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven. . .	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESAILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale . .	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire . .	TURIAF (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale .	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée .	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais) . . .	SOULIÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.) ; - <i>Cochin</i> : LEGER (L.) ; - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.) ; - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.) ; - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.) ; - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.) ; - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (En- fants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca). .	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis) . .	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne) . .	DELAY (J.)
— malad. métab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière) . .	CASTAIGNE (P.)

Cliniques :	MM.	Cliniques :	MM.
— médicales : <i>Broussais</i> : MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - <i>Cochin</i> : BROUET (G.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : BARIÉTY (M.); - <i>Lariboisière</i> : SÈZE (S. DE); - <i>Pitié</i> : DREYFUS (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).		— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul) N...	
— d'hydrologie et de climatologie (Bichat) .. DEBRAY (Ch.)		— pneumo-ptisiologie (Laennec) .. BERNARD (E.)	
— médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. MARIE (J.)		— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) .. MICHAUX (L.)	
— médicale propédeutique (Broussais) .. JUSTIN-BESANÇON (L.)		— rhumatologie médicale et sociale (Cochin) .. COSTE (F.)	
— médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. DEROT (M.)		— stomato. (Salpêtrière) .. DECHAUME (M.)	
— neuro-chirurgie (Pitié) .. DAVID (M.)		— thérapeutique chirurg. (Vaugirard) .. ROUX (M.)	
— neurolog. (Salpêtrière) GARCIN (R.)		— thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. LEMAIRE (A.)	
— obstétricales : <i>Baudelocque</i> : LACOMME (M.); - <i>Foch</i> (Suresnes) : MERGER (R.).		— toxicologique .. GAULTIER (M.)	
— obstétricale et gynécol. (Port-Royal) .. VARANGOT (J.)		— urologie (Cochin) .. ABOULKER (P.)	
— ophtalmol. (Hôtel-Dieu) RENARD (G.)		— chirurg. orthopédique et traumatologique .. PADOVANI (P.)	
» (Cochin) .. OFFRET (G.)		Séméiologie médicale .. DOMART (A.)	
— oto-rhino-laryngologie (Lariboisière) .. AUBRY (M.)		Séméiologie et clinique chirurgicales .. POILLEUX (F.)	
		Séméiologie traumatique et orthopédique .. JUDET (R.)	
		Clinique urolog. (Necker) COUVELAIRE (R.)	
		Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau) N...	

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hydrologie et climatologie .. GIBERTON (A.)	Médecine : AZERAD (E.); BOUR (H.); LAMBLING (A.); LHERMITTE (F.); PEQUIGNOT (H.); PERRAULT (M.); SIGUIER (F.); WORMS (R.).
Maladies infectieuses .. BASTIN (R.)	Rhumatologie .. DELBARRE (F.)
Oto-Rhino-Laryngologie .. MADURO (R.)	
Pneumo-Phtisiologie .. KREIS (B.)	

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

<i>Anatomie</i> : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).	<i>Hématologie</i> : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
<i>Anatomie pathologique</i> : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) <i>pr. s. ch.</i> MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), <i>pr. s. ch.</i> ; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).	<i>Histologie</i> : MM. COUJARD (R.), <i>p. s. ch.</i> ; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
<i>Anesthésiologie</i> : Mme DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).	<i>Hydrologie</i> : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
<i>Bactériologie</i> : MM. BARBIER (P.); <i>pr. s. ch.</i> ; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).	<i>Hygiène</i> : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
<i>Biochimie médicale</i> : MM. BAULIEU (Et.), <i>m. conf.</i> ; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), <i>pr. s. ch.</i> ; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).	<i>Maladies infectieuses</i> : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
<i>Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports</i> : M. PLAS (F.).	<i>Maladies métaboliques</i> : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).
<i>Biologie médicale</i> : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), <i>pr. s. ch.</i>	<i>Médecine légale</i> : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
<i>Carcinologie</i> : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).	<i>Médecine du Travail</i> : M. ALBAHARY (C.).
<i>Cardiologie</i> : M. HATT (P.-Y.).	<i>Neuro-chirurgie</i> : M. PERTUISSET (B.).
<i>Dermato-Syphiligraphie</i> : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).	<i>Neuro-Psychiatrie</i> : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBoullet (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
<i>Electro-Radiologie</i> : MM. HEITZ (F.), <i>m. conf.</i> ; LEDOUX-LEBARD (G.).	<i>Obstétrique</i> : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
<i>Embryologie</i> : M. ROUX (Ch.).	<i>Ophthalmologie</i> : M ^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
	<i>Orthopédie</i> : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
	<i>Oto-Rhino-Laryngologie</i> : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); ALQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGE (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURRY (C.); DEBRAY (J.); ETIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUD (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ALISON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOURCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.).

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAURENT (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.);

Physique médicale : MM.CHANTEUR (J.); COURSA-GET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAEL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.).

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (Cl.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHÉ (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HALDIUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHAINTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conser-
vateur du Musée d'Histoire de la Médecine :
M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (F.),
Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A qui je dois tant.

*En témoignage de mon amour filial et de
ma profonde reconnaissance.*

A MA FEMME ET A MES ENFANTS BIEN AIMÉS

*Dont la présence a nourri mon courage
pour la reprise de longues études.*

A MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUTE MA FAMILLE

Avec toute mon affection.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CLAUDE OLIVIER

Professeur de la Chaire de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui a bien voulu honorer cette thèse de
sa présidence.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DUHAMEL

Professeur Agrégé

Chirurgien du Centre Hospitalier de Saint-Denis

*Qui nous a inspiré ce travail et qui nous
a accordé sans réserve toute sa confiance
et toute sa sympathie.*

*Qu'il reçoive nos remerciements et nos
sentiments de profonde gratitude.*

A TOUS NOS MAITRES MÉDECINS MILITAIRES
CHIRURGIENS ET ASSISTANTS
DES HOPITAUX DE LA F.O.M.

*Avec lesquels nous avons collaboré et
qui nous ont inculqué les premières notions
de l'art chirurgical.*

Avec toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN DAVID

Chirurgien du Centre Hospitalier de Saint-Denis

*Qui nous a donné des conseils fructueux
et nous a occupé avec amabilité et con-
fiance.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS DE GROOTE ET HAEGEL

Assistants des Hôpitaux

*Pour leur collaboration si efficace et cor-
diale.*

A TOUTE L'ÉQUIPE CHIRURGICALE
DE L'HOPITAL DE SAINT-DENIS

Qui a été si sympathique.

AU CAMEROUN, NOTRE PAYS

Que nous avons toujours servi avec amour et à qui nous devons ces études médicales dont les fruits profiteront, certes, à ses fils maintenant conscients de leurs responsabilités.

INTRODUCTION *

En 1956, le Professeur agrégé Bernard DUHAMEL proposait pour le traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung, l'exclusion du rectum sous-péritonéal et l'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon, sans dérivation préalable.

Déjà à cette époque, il émettait la possibilité d'application de variantes de ce procédé dans des indications autres que le mégacôlon congénital, notamment chez l'enfant dans les abouchements anormaux du rectum et pour l'exstrophie vésicale, chez l'adulte pour le rétablissement secondaire de la continuité après opération de Hartmann, dans les cas où la longueur de l'anse sigmoïdienne restante permettrait l'abaissement au périnée.

Depuis cette publication, l'adaptation de cette technique à la chirurgie recto-colique de l'adulte a été proposée par quelques chirurgiens.

Les résultats obtenus semblent très encourageants lorsque les indications en sont bien posées.

Enfin, la facilité relative de l'intervention la met à la portée des chirurgiens non spécialisés, simplifiant ainsi les suites opératoires tout en assurant un résultat anatomique et fonctionnel satisfaisant.

(*) Schémas dus à l'obligeance du Docteur HAEGEL à qui nous renouvelons, nos remerciements et notre sympathie.

PLAN

Chapitre I — Description de la technique

Chapitre II — Rappel historique

Chapitre III — Bases anatomiques des avantages de l'abaissement
rétro-rectal trans-anal

Chapitre IV — Incidences physio-pathologiques

Chapitre V — Evolution des indications de l'abaissement rétro-
rectal trans-anal dans la chirurgie de l'adulte

Chapitre VI — Objections et critiques

Chapitre VII — Observations de malades

Conclusions

Bibliographie

CHAPITRE I

TECHNIQUE OPERATOIRE

Comme dans toute chirurgie ano-rectale, il faut préparer le malade pendant plusieurs jours, période qui est mise à profit pour faire les examens habituels et au besoin corriger les déficiences éventuellement constatées.

Le malade est placé en bout de table, le siège légèrement sur-élevé, les cuisses écartées et légèrement fléchies. L'opérateur à gauche, le premier aide à droite du malade, le deuxième aide qui sera nécessaire pour le temps périnéal, se place en attendant entre les cuisses du malade.

1° Incision de laparotomie médiane sous-ombilicale, pouvant contourner sur la gauche et dépasser l'ombilic, suivant les besoins.

Après exploration de l'abdomen et vérification des possibilités d'application de la technique à la lésion à enlever, on réalise *l'exclusion du rectum inférieur*. Pour cela, on sectionne le rectum au fond du Douglas sans aucune dissection préalable et on ferme la tranche de section par des bourses ou des surjets au fil non résorbable, comme cela se fait pour la fermeture d'un moignon duodénal au cours d'une gastrectomie.

2° Le deuxième temps est consacré à la *résection recto-colique* qui se fait à la demande, suivant l'étendue des lésions, de façon à pouvoir abaisser une zone saine et de diamètre sensiblement normal. Le bout colique supérieur restant est sommairement fermé par une grosse soie, d'une part pour éviter l'écoulement possible du contenu intestinal dans l'abdomen, et d'autre part pour le repérer dans le temps périnéal. Il est ainsi gardé en attente.

3° Dans un troisième temps, on procède à la préparation du côlon en vue de son abaissement à l'anus. Cet abaissement ne pourra se faire qu'après les sections vasculaires et les décollements nécessaires.

Il n'est pas indispensable pour cela de suivre à la lettre les schémas classiques de la vascularisation colique. Si le bout du côlon préparé saigne bien, il peut être abaissé. On utilisera pour cet abaissement, et suivant les lésions, soit le côlon sigmoïde, après ligature d'une ou deux des artères sigmoïdiennes, soit le côlon gauche après décollement de l'angle splénique, soit le côlon transverse, le côlon droit ou même l'iléon terminal après cœlectomie totale.

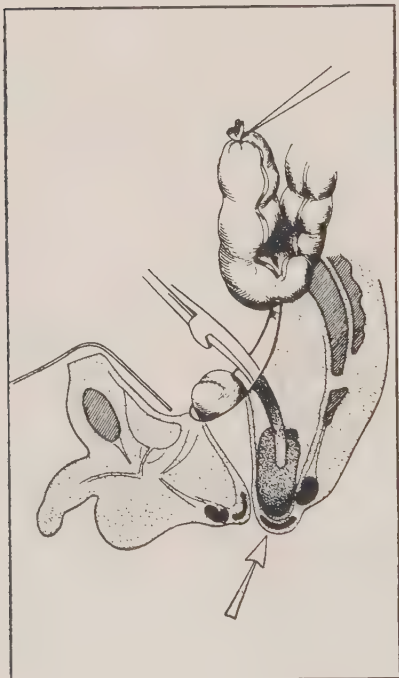


FIGURE 1

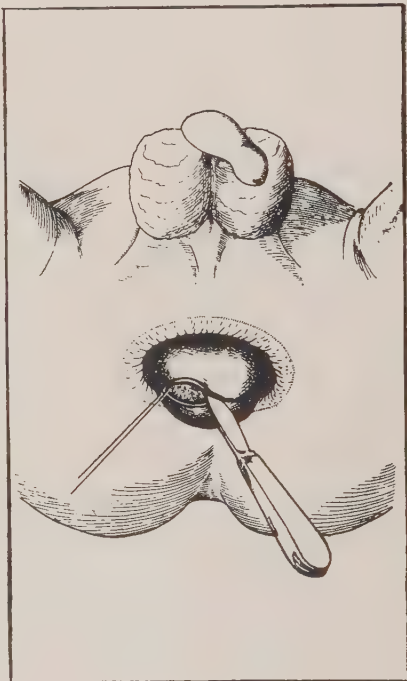


FIGURE 2

4° Le temps capital, principe même de la méthode, est le *clivage rétro-rectal*. « Ce temps est facile, rapide et anodin. » (B. DUHAMEL.) Derrière le moignon rectal, par l'ouverture du méso-rectum, on introduit le doigt ou la main dans l'espace cellulaire rétro-rectal et non pré-sacré, et l'on poursuit ce clivage progressivement de haut en bas jusqu'au plancher pelvien, en restant bien médian (fig. 1). Ce décollement, qui doit se faire sans aucun effort, est continué au moyen d'un tampon de gaze monté sur un clamp courbe épousant

en quelque sorte la concavité sacrée. Ce tampon est poussé par l'aide qui le fait bientôt saillir sous la paroi postérieure du canal anal et le maintient dans cette position, tandis que l'opérateur passe au temps périnéal.

5° Après dilatation anale, la région périnéale est largement badi-geonnée avec la solution antiseptique habituelle. L'opérateur pratique

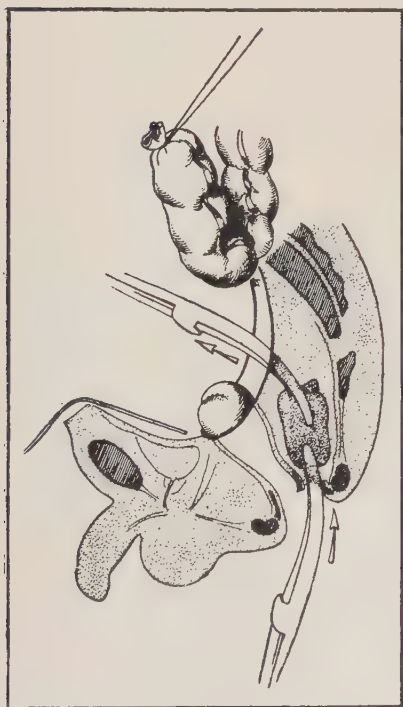


FIGURE 3

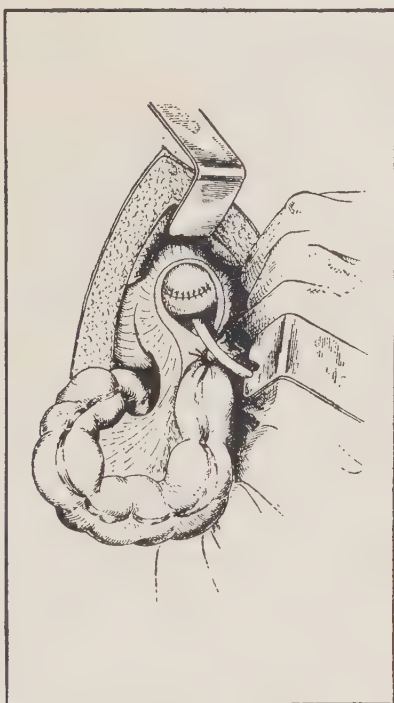


FIGURE 4

une *incision transversale* au bistouri, de la demi-circonférence postérieure du canal anal, à un centimètre environ au-dessus de la marge ano-cutanée, sur la saillie du tampon monté qui déroule la lèvre postérieure de l'anus, et que l'aide maintient solidement, exposant ainsi la région à inciser (*fig. 2*). Le bistouri coupe la muqueuse et la musculuse jusqu'au tampon, permettant ainsi l'ouverture périnéale du clivage rétro-rectal effectué par voie abdominale. Les angles de cette incision sont repérés par deux fils d'attente.

6° Le tampon de gaze sortant maintenant par un trou de la paroi postérieure du canal anal, on saisit son extrémité inférieure par un second clamp de façon à ce que sa convexité regarde la concavité sacrée (fig. 3). On le remonte dans l'abdomen en se laissant guider par le clamp abdominal. Dès lors, il est facile de reprendre le bout colique supérieur laissé en attente dans l'abdomen et de l'abaisser par ce moyen très simple jusqu'à l'anus (fig. 4).



FIGURE 5



FIGURE 6

7° On contrôle la vitalité de l'intestin abaissé en le recoupant au besoin, et on assure son hémostase. Puis on suture par quelques points totaux et séparés à la soie la demi-circonférence postérieure de la tranche de section intestinale à la lèvre postéro-inférieure de l'incision endo-anale.

Deux tubes intestinaux, l'un rectal, l'autre colique, sont ainsi placés en canon de fusil à travers le sphincter de l'anus.

8° Deux longues pinces de Kocher dont une branche est introduite dans le rectum exclu, l'autre dans le côlon abaissé, sont placées de biais, de telle sorte que les extrémités supérieures de leurs mors se rejoignent très haut dans le rectum, si possible au voisinage de la suture d'exclusion, et que leurs bases écartées atteignent les angles latéraux de la suture côlo-anale précédemment faite, déterminant ainsi un accollement intime des deux parois colique et rectale sur une surface triangulaire circonscrite par un V renversé (*fig. 5*). Ces pinces sont serrées à fond et seront laissées en place huit jours. Elles amarrent ainsi solidement le côlon abaissé au rectum, et elles déterminent en ces quelques jours le sphacèle de cette zone triangulaire recto-colique non irriguée qu'il est d'ailleurs possible de réséquer aux ciseaux une fois les pinces mises en place.

Ainsi se trouve constitué sans suture et sans danger de fistule un néo-rectum par entérotomie large, anastomosant longitudinalement le côlon abaissé au rectum exclu (*fig. 6*).

9° Après avoir changé de gants et d'instruments, il ne restera plus qu'à fermer l'abdomen, après avoir procédé à la péritonisation complète du petit bassin, ainsi qu'au recouvrement du moignon rectal.

Aucun drainage n'est nécessaire.

RAPPEL HISTORIQUE

Dans la longue histoire du traitement chirurgical du cancer du rectum, l'abaissement rétro-rectal trans-anal peut prendre place à la suite d'une imposante série d'interventions qui, après résection recto-sigmoïdienne, recherchent comme idéal la préservation de la continence ano-rectale.

Dès 1829, il semble que LISFRANC, puis DELPECH aient envisagé la conservation du sphincter au cours de l'extirpation du rectum.

En 1864 BARDENHEUER, et BYRD en 1880, firent les premières tentatives, mais c'est KRASKE (de Fribourg-en-Brisgau) qui, le premier, en 1885, donna une technique réglée de la résection du rectum, qu'il faisait par voie sacrée en tentant le rétablissement de la continuité par suture ou par invagination. Le principe de la conservation sphinctérienne et de la restauration fonctionnelle était ainsi définitivement posé.

VON HOCHENEGG (de Vienne), en 1887, fit la première suture termino-terminale côlo-anale. FINSTERER, GOETZE, MANDL publièrent les premières grandes séries.

En France, les opérations conservatrices de la fonction sphinctérienne furent tour à tour tentées et abandonnées, et généralement discréditées depuis la thèse de MORESTIN qui avait condamné la voie sacrée (1894).

C'est alors qu'apparut l'opération par voie combinée abdomino-périnéale avec les cas de CHALOT et de GAUDIER qui l'exécuta le premier, et le rapport d'Edouard QUÉNU à la Société de Chirurgie de Paris (1896).

L'idée des opérations conservatrices par la voie abdomino-trans-anale remonterait à 1922, puis en 1925 où VILLARD (de Lyon) présentait au Congrès Français de Chirurgie une technique assez détail-

lée avec 15 observations à l'appui. Dans le temps inférieur, il attirait le rectum en dehors, coupait le côlon un peu au-dessous du plan cutané, et suturait sa tranche de section à l'incision cutanéomuqueuse.

En 1933, DIMITRIU et GRIGORESCO publièrent, dans le *Journal de Chirurgie*, une technique très analogue, appliquée aux rectites sténosantes et hyperplasiques. Mais, au lieu de couper le côlon au ras du plan cutané et de suturer sa tranche à la peau anale, ils laissaient le côlon dépasser la peau de 3 à 4 cm et ne sectionnaient qu'au bout de quinze jours la partie qui dépassait, lorsque le côlon adhérait parfaitement à la peau de l'anus.

En 1946, SÉNÈQUE, revenant de Philadelphie, fit connaître les travaux de BABCOCK et BACON, la technique de leur amputation intrasphinctérienne en un temps.

Dans le souci de sauvegarder la fonction sphinctérienne et de supprimer le temps de résection-anastomose abdominale, d'autres artifices apparurent, telle l'ingénieuse résection abdomino-trans-anale par retournement d'André TOUPET et l'opération de SWENSON. Cette dernière avait été universellement adoptée comme une solution satisfaisante au problème thérapeutique du mégacôlon congénital.

Nous en rappellerons ici les principaux temps :

- Incision hypogastrique commençant sur la ligne médiane ou un peu à droite d'elle, coupant le muscle droit du côté gauche, se recourbant ensuite en haut et en dehors, plus ou moins haut suivant les besoins.

• TEMPS ABDOMINAL :

- Mobilisation du côlon pelvien par section des vaisseaux hémorroïdaux supérieurs et d'une ou deux artères sigmoïdiennes.
- Libération de l'ampoule rectale poussée très bas jusqu'au plan des releveurs, en restant au contact de l'intestin.
- Invagination côlo-rectale au moyen d'une pince d'Allis introduite par l'anus et saisissant la paroi rectale près de la jonction recto-sigmoïdienne.
- Péritonisation avec le côlon pelvien, son méso, le péritoine pelvien et vésical.
- Fermeture de la paroi abdominale.

• TEMPS INFÉRIEUR :

- Section circulaire complète du cylindre externe extériorisé et de la séro-muscleuse du cylindre interne.
- Premier plan de suture à points séparés entre la muscleuse rectale et la séro-muscleuse colique.

- Section circulaire de la muqueuse du cylindre interne.
- Deuxième plan de suture à points séparés entre la muqueuse rectale et la muqueuse colique.

L'anastomose terminée est réintégrée à travers le sphincter. Drainage du décollement pré-sacré par une incision rétro-anales.

Cette intervention délicate et longue est passible d'un certain nombre d'inconvénients, à savoir :

1° Gravité vitale du temps pelvien de l'exérèse du rectum, particulièrement chez le nourrisson (SWENSON fait état de 4 morts sur 20 opérés de moins de six mois).

2° Danger de cette exérèse pour la fonction sphinctérienne anale (PETIT signale 3 incontinences sur 12 opérés revus à distance), pour la fonction génitale (D. STATE) et pour fonction vésicale enfin, comme ont pu le constater beaucoup d'autres opérateurs.

3° Fragilité de la suture immédiatement réintégrée, qui est susceptible de désunir en partie ou en totalité, d'où possibilité de péritonites mortelles (GROSS, BODIAN, REHBEIN), d'abcès pelviens (7 fois sur 23 opérations de HIATT) ou de fistules.

4° Fréquence du rétrécissement post-opératoire de l'anastomose.

La proportion de mauvais résultats de la recto-sigmoïdectomie abdomino-trans-anales est évaluée à 15 sur 150 par SWENSON lui-même, 6 sur 26 par BODIAN, 11 sur 17 par REHBEIN.

C'est ainsi qu'en raison des difficultés techniques, de la longueur de l'intervention, des résultats fonctionnels imparfaits, certains chirurgiens avaient abandonné l'opération de SWENSON pour recourir à nouveau à la résection abdominale pure complétée par la dilatation sphinctérienne. Il s'agissait là probablement d'une réaction de recul excessive.

Tout compte fait, l'opération de SWENSON n'est pas tellement différente de celle d'André TOUPET, ni même de la technique de HOCHENEGG ou de BACON. Les indications opératoires de ces divers procédés pourraient donc se confondre, quoique la première ait été destinée spécialement à l'enfant et à la maladie de Hirschsprung.

En 1956, ayant à traiter un nourrisson de six mois atteint d'une forme toxique de maladie de Hirschsprung dont la gravité contre-indiquait une intervention longue et choquante, évitant une colostomie palliative et sans issue, le Professeur agrégé B. DUHAMEL a imaginé et réalisé son opération simplifiée qui a été parfaitement supportée par l'enfant et qui a donné un résultat fonctionnel rapidement excellent.

Destiné à remplacer l'opération de SWENSON, l'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon pourrait donc être utilisé dans les indications de la résection type Hochenegg-Bacon. C'est ainsi que ses indications débordèrent le cadre du mégacôlon congénital pour s'étendre aux lésions organiques de l'enfant et de l'adulte.

La technique de l'abaissement rétro-rectal trans-anal, sans cesse améliorée par l'auteur, a rapidement séduit de nombreux chirurgiens français et étrangers.

SULAMAA en Finlande, GROB en Suisse, ROVIRALTA en Espagne, l'ont appréciée à l'étranger. En France, le Professeur REDON est l'un de ses défenseurs pour son application dans la chirurgie du cancer et des tumeurs du rectum chez l'adulte.

CHAPITRE III

BASES ANATOMIQUES DES AVANTAGES DE L'ABAISSEMENT RETRO-RECTAL TRANS-ANAL

Appliqué dans ses strictes indications et exécuté dans sa simplicité, l'abaissement rétro-rectal trans-anal du côlon requiert certains avantages qui lui donnent une place de choix dans la gamme des multiples procédés conservateurs de la fonction sphinctérienne.

Un rappel de l'anatomie et des rapports du rectum nous permettra de mieux les comprendre.

— On reconnaît au rectum :

— Un segment pelvien et un segment périnéal séparés par un coude : le cap du rectum.

— Le péritoine ne revêt pas tout le *rectum pelvien*, mais seulement une partie de sa face antérieure et de ses faces latérales. Au rectum pelvien, on peut donc considérer deux portions : une portion péritonéale et une portion sous-péritonéale, séparées l'une de l'autre par la ligne de réflexion du péritoine, oblique en bas et en avant.

— La face antérieure du *rectum péritonéal* répond au cul-de-sac de Douglas, recto-vésical chez l'homme, recto-vaginal chez la femme ; ses faces latérales délimitent les gouttières latéro-rectales où descendent les uretères, à quelque distance, sous le péritoine.

— Le *rectum sous-péritonéal*, environné de tissu cellulaire, est contenu dans une gaine fibreuse qui s'attache en haut à la ligne de réflexion du péritoine, en bas à l'aponévrose pelvienne.

En arrière, le sacrum est recouvert de la lame fibreuse pré-sacrée devant laquelle existe un espace rétro-rectal aisément décollable à la main.

Latéralement, c'est la partie postérieure de la gaine hypogastrique, où cheminent l'uretère et les artères hémorroïdales moyennes qui se divisent et s'épanouissent de chaque côté sur les flancs du rectum.

En avant, ce sont, chez l'homme, la base de la prostate, les vésicules séminales, les canaux déférents, le bas-fond vésical, tous ces

organes étant séparés du rectum par l'aponévrose prostato-péritonéale de Denonvilliers. Entre cette aponévrose et le rectum, il existe un espace décollable pré-rectal fermé en bas vers le périnée par le muscle recto-urétral de Henlé. Chez la femme, c'est le vagin, qui n'adhère au rectum que sur une zone limitée, médiane et inférieure, au niveau du raphé ano-vulvaire. Plus haut existe, là encore, un espace décollable pré-rectal.

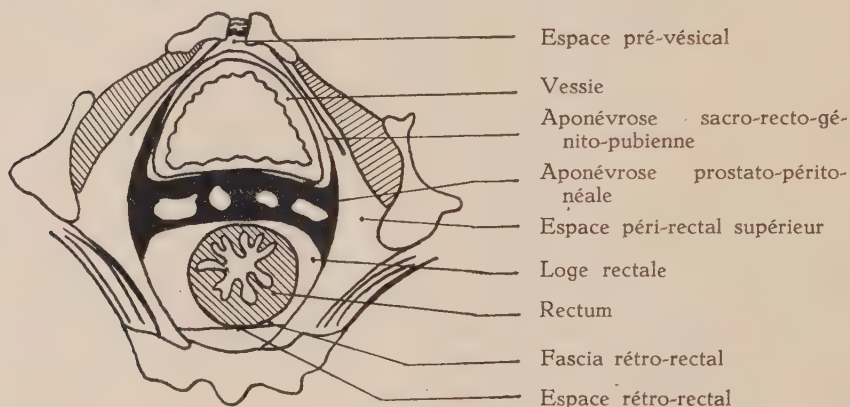


FIGURE 7

EN RÉSUMÉ, les aponévroses sacro-recto-génito-pubiennes divisent la partie de l'excavation pelvienne comprise entre le plancher pelvien et le péritoine en trois zones (fig. 7, d'après ROUVIÈRE) :

a) *Une zone moyenne, viscérale*, divisée en deux loges principales par l'aponévrose prostato-péritonéale chez l'homme, par le fascia recto-vaginal chez la femme : une loge antérieure génito-urinaire et une loge postérieure contenant le rectum.

b) *Deux zones latérales* : les espaces pelvi-rectaux remplis de graisse péri-rectale, traversée de vaisseaux et de lymphatiques, conducteurs de processus inflammatoires ou néoplasiques.

c) *Deux plans décollables* : l'un pré-rectal, irrégulier, avec des zones adhérentielles, dangereux pour la fonction des organes génito-urinaires : l'autre rétro-rectal, utilisable sans dommage et facilement clivable.

Le rectum périnéal, enserré dans son sphincter et dans les fibres du releveur, amarré en arrière par le raphé ano-coccygien, en avant par le raphé ano-bulbaire ou ano-vulvaire, est environné partout ailleurs par l'abondante graisse du creux ischio-anal où cheminent les vaisseaux hémorroïdaux inférieurs.

CHAPITRE IV

INCIDENCES PHYSIOLOGIQUES ET ANATOMO-PATHOLOGIQUES

1) LA VASCULARISATION

La vascularisation du rectum présente une disposition particulière : les vaisseaux s'épanouissent surtout sur les faces latérales et antérieure de l'organe. L'abord de l'espace rétro-rectal est donc certainement moins traumatisant et moins hémorragique que la dissection des autres faces du rectum, ce qui rend moins nécessaire le drainage du décollement. Les artères du rectum s'anastomosent d'autre part largement entre elles. Ces anastomoses riches permettent la ligature de l'hémorroïdale supérieure et l'amputation du haut rectum, avec conservation d'un bas rectum bien vascularisé, ce qui est réalisé dans l'opération de Hartmann et dans l'abaissement rétro-rectal trans-anal. Dans ce même ordre d'idées, les anastomoses des artères du rectum et des systèmes voisins permettent également, par la ligature de l'hémorroïdale supérieure, l'abaissement sans sphacèle du bout colique sectionné.

A ce propos, la question a toujours été posée pour savoir si ces anastomoses étaient suffisantes pour assurer la vitalité de ce bout qu'on désire abaisser au périnée.

Pour SUDECK, une arcade de très faible calibre (*Sigmoïda ima*) assurerait seule ce rétablissement. Toute ligature portant sur l'hémorroïdale au-dessus du point d'abouchement de cette anastomose permettrait le rétablissement circulatoire. Inversement, toute ligature au-dessous de ce point critique entraînerait le sphacèle du bout supérieur abaissé.

Pour les auteurs modernes, le rétablissement circulatoire ne dépend pas d'une anastomose petite et inconstante, mais de la conservation du système d'arcades situé au voisinage du bord mésentérique du

côlon pelvien. Il existe donc, non un point critique, mais une zone vasculaire critique que le chirurgien doit ménager, en faisant porter la section du méso-sigmoïde loin de l'intestin.

2) LES LYMPHATIQUES

En matière de cancer, la propagation lymphatique du processus est la plus importante et la plus précoce au niveau du rectum. L'extension locale, de proche en proche, est assez lente. La métastase hépatique par voie veineuse n'est pas commune.

On sait que le courant lymphatique principal du rectum est d'abord ascendant. Ce n'est que tardivement, lorsque les ganglions haut situés sont obstrués, que peut se faire l'inversion du courant d'envahissement.

En raison de la faible propagation en hauteur du cancer, de sa tendance à l'extension circonférentielle, avant la formation d'adhérences prostatiques ou vaginales nécessitant des sacrifices maxima, D'ALLAINES et VERNEJOUL, au Congrès Chirurgical de 1946, estimaient qu'il suffirait de porter la section basse à 4 cm en aval de la tumeur, la section haute passant au moins à 15 cm au-dessus du bord supérieur de la lésion.

Cette notion a son importance pour la discussion des indications de l'abaissement rétro-rectal dans les cancers du rectum.

3) LES NERFS

Les nerfs destinés aux organes du petit bassin gravitent tous autour du rectum. Toute dissection de cet organe risque de compromettre les fonctions sphinctérienne et génito-urinaire. Par l'artifice de l'exclusion du rectum, l'abaissement rétro-rectal supprime ainsi ce temps choquant en évitant la lésion des plexus nerveux régissant l'appareil neuro-musculaire sphinctérien et les organes génito-urinaires.

Ces données anatomiques, physiologiques et anatomo-pathologiques nous ont permis de mettre en relief certains points avantageux de la méthode d'abaissement rétro-rectal. Pour en assurer l'efficacité, nous rappellerons quelques *détails techniques* qui ont leur importance.

1° La fermeture du moignon rectal ne requiert pas la même minutie qu'une anastomose, puisqu'il est exclu de la continuité directe du côlon. Elle est donc relativement plus aisée, surtout si on utilise le procédé de fermeture du duodénum préconisé par les frères MAYO.

2° Le décollement rétro-rectal doit être strictement médian. On écarte ainsi la formation d'hématomes secondaires au décollement d'une zone relativement exsangue. Certains opérateurs pensent que la mise en place de drains aspiratifs dans la cavité sacrée joue un rôle majeur dans la simplicité des suites opératoires. Pour notre part, nous croyons que la fermeture sur dépression n'est pas nécessaire, l'évolution étant toujours favorable sans qu'une telle précaution soit prise.

3° La reprise par l'ouverture périnéale du bout colique abaissé a toujours été faite sans fermeture préalable de l'abdomen. Par contre, le Professeur REDON exécute l'opération en deux temps bien séparés. Après fermeture du moignon rectal et mobilisation du côlon, il tasse ce dernier dans le pelvis, péritonise et ferme l'abdomen. Dans un deuxième temps, il ouvre l'espace rétro-rectal, recherche le bout colique abaissé et termine l'intervention par le drainage de la cavité pré-sacrée. Il justifie cette façon de faire par la commodité d'accomplir l'opération avec une seule équipe, et la séparation du temps abdominal du temps périnéal apparemment septique. Mais pour la facilité de l'intervention, il est à remarquer cependant qu'à ventre ouvert, pendant que l'aide appuie sur le tampon monté abdominal, la région à inciser se présente bien à l'opérateur et il devient facile ainsi de retrouver l'espace rétro-rectal décollé. Si, au contraire, le ventre est primitivement fermé, il sera plus difficile d'inciser un périnée plat et encore plus de retrouver le décollement abdomino-sacré, surtout s'il a été insuffisamment poussé. De plus, le rôle de l'aide devient capital puisqu'il contrôle à vue la descente et la position à donner au côlon, évitant ainsi toute torsion ou tension éventuelles.

4° Afin d'assurer à la continence sphinctérienne son intégrité totale, l'incision périnéale doit être endo-anale.

En 1956, lorsque le Professeur agrégé B. DUHAMEL a décrit pour la première fois sa technique, il faisait cette incision sur la ligne ano-cutanée. La paroi propre du canal était séparée de la face interne

du sphincter externe avec des ciseaux mousses, puis on rejoignait le décollement rétro-rectal effectué par voie haute en effondrant quelques fibres longitudinales au bord supérieur de ce muscle. Dans ces conditions, il y avait quelque difficulté à rejoindre ce décollement. De plus, on avait remarqué, dans les suites opératoires secondaires, que la suture côlo-cutanée postérieure cicatrisait moins vite que la suture muco-muqueuse actuelle. Parfois, on notait un léger prolapsus de la muqueuse colique.

En 1959, M. GROB proposa de remonter l'incision au-dessus du sphincter interne.

En 1960, en définitive, M. DUHAMEL passe à travers le sphincter interne, un centimètre environ au-dessus de la marge ano-cutanée. Cet artifice assure une perfection totale de la continence pour les gaz et les matières liquides et évite le prolapsus de la muqueuse colique.

CHAPITRE V

EVOLUTION

DES INDICATIONS DE L'ABAISSMENT RETRO-RECTAL DANS LA CHIRURGIE DE L'ADULTE

Dès la publication, le 26 décembre 1956, de son premier article sur l'abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon, le Professeur agrégé B. DUHAMEL avait émis les possibilités d'application de cette intervention dans des indications autres que le mégacôlon congénital.

« Il pouvait apporter, écrivait-il, une solution nouvelle au problème du rétablissement secondaire de la continuité après opération de Hartmann, dans le cas où la longueur de l'anse sigmoïdienne restante permet l'abaissement au périnée. »

Déjà, en 1959, dans chacun des cas qu'il avait suivis chez l'enfant, il rapporte qu'il avait été frappé par l'absence totale de choc opératoire et par la simplicité des suites immédiates : rétablissement du transit intestinal et des selles spontanées en deux à quatre jours ; chute des pinces d'entérotomie au bout d'une semaine ; cicatrisation sans complications. Le résultat fonctionnel a toujours été parfait, sans rééducation. Toutes ces constatations montraient déjà les améliorations obtenues par rapport au procédé de SWENSON.

C'est au Professeur REDON que revient le mérite de l'application, pour la première fois, de ce procédé pour le traitement des cancers hauts de l'ampoule rectale¹ et pour celui des cancers recto-sigmoïdiens².

(1) *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1959, n° 85, p. 192 et 1962, n° 88, p. 405.

(2) Professeur REDON, « Indications chirurgicales dans le traitement des cancers », Masson, Paris 1962.

Nous ne saurions mieux illustrer son appréciation sur la méthode qu'en exposant les termes de son plaidoyer lors de la séance de l'Académie de Chirurgie du 25 février 1959 :

« J'avais été très intéressé, disait-il, par la technique imaginée par B. DUHAMEL, bien que s'adressant aux enfants. Je l'ai transposée à l'adulte dès 1957 et j'en ai été tellement enthousiasmé que je l'ai actuellement réalisée quatre fois en me conformant à son texte. Cette façon de faire donne une sécurité qui me paraît totale ; elle assure au chirurgien une tranquillité absolue et, au malade, après des suites sans histoire, une continence qui, dans mes quatre observations, fut parfaite. Tous mes opérés ont quitté la clinique entre le dixième et le treizième jour. J'ajoute que deux tubes de dépression ont assuré la cicatrisation rapide iléale du petit bassin.

En mars 1962, MM. H. REDON, J.C. MÉNÉGAUX et Ch. LOLMÈDE ont présenté une série de 9 observations et se résumaient ainsi :

« Si les divers modes de rétablissement de la continuité intestinale après résection du rectum représentent un immense progrès sur l'amputation simple, si tous les procédés de reconstruction ont effectivement donné de très beaux succès, on est obligé de reconnaître que les incidents post-opératoires sont nombreux et surtout qu'il s'agit d'une chirurgie particulièrement difficile, du moins toutes les fois que l'on n'a pas la chance d'opérer un malade maigre et à bassin large.

« Nous pensons que la transposition à la chirurgie de l'adulte et du cancer, de l'opération décrite en France par DUHAMEL, a littéralement transformé les conditions d'anastomose côlo-rectale, surtout combinée à la fermeture sur dépression. C'est cette affirmation que nous semblent confirmer nos 9 observations.

« Presque tous nos malades ont été opérés pour des cancers hauts de l'ampoule rectale, après refus formel de l'anus iliaque définitif, les premiers n'étaient justiciables, du fait de métastases hépatiques, que d'une opération palliative. »

Ainsi, cette série de 9 observations de malades opérés selon une même technique a permis aux auteurs de juger de la simplicité des suites opératoires et de la qualité parfaite de la continence.

Dans son livre traitant des « *Indications chirurgicales dans le traitement des cancers* »¹, le Professeur REDON conseille, toutes les fois que la longueur utile du rectum conservable le permet, d'utiliser le procédé d'abaissement rétro-rectal qui lui paraît assurer la

(1) Masson et Cie éditeurs, 1962.

continence sans risque de fistule. Il expose les inconvénients des techniques les plus habituellement réalisées :

La technique de D'ALLAINES par voie abdomino-sacrée, ainsi que celle d'André TOUPET avec abaissement systématique du côlon transverse et résection abdomino-trans-ale par retournement ont l'avantage certain de conserver un segment de muqueuse rectale, habituellement suffisant pour assurer la continence réflexe. Leur inconvénient majeur tient à la possibilité de fistulisation qui entraîne alors des séquelles graves et oblige à des interventions complémentaires difficiles pour un résultat toujours aléatoire.

Quant à l'opération de Babcock et Bacon, si son procédé est opératoirement plus simple, plus rapide et plus sûr que les précédents, il est non moins certain que dans les suites la continence pour les gaz et les matières liquides n'est absolument pas assurée.

Le procédé d'abaissement du côlon par voie rétro-rectale nécessitant au moins 8 cm de rectum, il n'est à retenir que pour les cancers siégeant assez haut dans l'ampoule, c'est-à-dire ceux des tiers moyen et supérieur de l'ampoule. On doit donc sagement y renoncer lorsque la tumeur est perçue au toucher rectal sans faire « pousser » le malade.

En dehors du cancer rectal, l'abaissement rétro-rectal est également indiqué dans les tumeurs bénignes du rectum, et en particulier dans les tumeurs villeuses. Il peut être employé aussi dans les fistules recto-sigmoïdiennes récidivantes, dans les sténoses cicatricielles du rectum ou dans certaines lésions traumatiques de réparation difficile. Il pourrait aussi trouver son application dans le traitement de la polyposse recto-colique diffuse et de la recto-côlite hémorragique en réalisant une iléostomie rétro-rectale et trans-ale après la côlectomie, au cas où le rectum ne participe pas à la maladie, comme ceci a été pratiqué chez l'enfant dans les formes toxiques de la maladie de Hirschsprung intéressant la totalité du cadre colique (B. DUHAMEL et R. PAGES, 1962). La conservation du moignon rectal, indispensable pour la continence et l'abaissement rétro-rectal de l'iléon, sont certainement préférables à une anastomose en tissu pathologique ou à un abouchement cutané ou périnéal non continent et non appareillable.

EN RÉSUMÉ, l'abaissement rétro-rectal est indiqué toutes les fois que l'on peut discuter le choix de l'intervention entre l'amputation pure et simple du rectum et la résection abdominale suivie d'anastomose. C'est ainsi qu'il trouve une place dans les anciennes indications de l'opération de Hartmann qu'il peut d'ailleurs compléter au besoin

dans un second temps, au cas où celle-ci aura été pratiquée antérieurement pour une dérivation urgente chez un malade en mauvais état général (TERQUEM, 1960).

*
* *

Dans le Service du Professeur agrégé B. DUHAMEL, à l'Hôpital de Saint-Denis, Service qui est avant tout un centre de chirurgie infantile, l'opération de l'abaissement rétro-rectal trans-anal a été pratiquée plusieurs fois chez l'adulte, à titre expérimental.

Sans aucune modification de technique, elle a été chaque fois réalisée avec facilité. Si l'on compte parmi les opérés un seul décès survenu par maladie intercurrente (embolie pulmonaire), on peut affirmer que le succès immédiat de la technique ne fait aucun doute.

La discrétion du choc opératoire, les suites toujours favorables permettent aux malades âgés de bien supporter l'intervention.

Les malades sortent tôt de l'hôpital. Leur examen rétrospectif aux consultations ultérieures a toujours montré :

- une continence anale normale, le rectum faisant encore réservoir ;
- une souplesse de l'arche anastomotique recto-colique au toucher ;
- l'absence de troubles génito-urinaires ;
- l'absence de prolapsus muqueux, de fistules ou de suppurations post-opératoires.

Toutes considérations prises, les partisans de l'abaissement rétro-rectal n'en font pas une méthode révolutionnaire, mais il leur semble que ce procédé représente une simplification assez remarquable d'une opération jugée, à juste titre, comme relativement dangereuse et surtout grevée de complications fréquentes, tout au moins lorsqu'elle n'est pas réalisée par des chirurgiens très spécialisés. La résection du rectum, suivant la technique de DUHAMEL, à condition de respecter les habituelles règles très strictes de niveau, leur apparaît comme réalisable sans complications par un praticien non spécialisé. Il semble que les résultats fonctionnels tiennent bien les promesses que l'on pouvait attendre d'une préservation complète de l'innervation sensitive et motrice recto-sphinctérienne.

CHAPITRE VI

OBJECTIONS — CRITIQUES

Cependant si le succès de l'abaissement rétro-rectal est unanimement admis pour le traitement de la maladie de Hirschsprung, des *objections* ont été formulées à l'encontre de sa transposition à la chirurgie de l'adulte et particulièrement dans celle du cancer du rectum.

En 1959, M. Marcel Roux, après l'exposé de M. REDON sur ses premières tentatives heureuses, chez l'adulte, trouvait cette méthode plus compliquée et moins anatomique et, pour tout dire, moins recommandable que la résection par voie abdominale antérieure, qui donne avec une égale sécurité et dans les délais comparables un résultat fonctionnel parfait.

« Je suis naturellement partisan, rétorquait M. REDON, de la résection segmentaire et de l'anastomose côlo-rectale immédiate dans les cancers recto-sigmoïdiens et dans les cancers du tiers supérieur de l'ampoule rectale, pour ne pas entrer dans les indications par centimètre. Je suis également partisan, comme tout le monde, de l'amputation pour les cancers sus-sphinctériens ou ceux du tiers inférieur de l'ampoule. Par contre, je reste persuadé que l'opération de DUHAMEL apporte une solution nouvelle aux cancers du tiers moyen de l'ampoule et que cette solution est idéalement sûre, rapide et fonctionnellement supérieure aux autres techniques ».

Des discussions récentes faites à propos de l'abaissement rétro-rectal, début 1962 (*Gazette Médicale de France*, 1962, p. 608), il ressort que les inconvénients possibles sont relativement minimes. On cite en particulier :

— Un cas de cellulite pelvienne (Professeur agrégé GERMAIN) attribuée à une imperfection de la fermeture du moignon rectal qu'il est difficile d'incriminer, le processus cancéreux assez évolué étant

en lui-même capable de favoriser ce genre de lésions. M. GERMAIN trouve que la fermeture du bout rectal paraît aussi difficile que l'anastomose qu'il préfère directe iléo-rectale après côlectomie dans les recto-côlites ulcéro-hémorragiques.

— Des ennuis d'ordre vasculaire consécutifs à l'abaissement du côlon ont été évoqués par MM. JOUVE et SIMON. En effet, la disposition vasculaire colique serait moins favorable chez l'adulte que chez l'enfant, mais ces ennuis ne sont pas spécifiques de ce seul procédé.

— M. F. LAZARD, par contre, est très favorable au procédé de B. DUHAMEL. Il a eu l'obligeance de nous confier trois dossiers de malades opérés dans son Service de l'Hôpital d'Argenteuil par cette méthode et qu'il nous autorise de publier. Nous tenons à l'en remercier vivement.

Dans la séance de l'Académie de Chirurgie du 29 mai 1963 enfin, MM. Cl. HOUDARD et J.P. CHEVREL, en commentant les résultats lointains des amputations abdomino-trans-anales du rectum, trouvent que l'abaissement rétro-rectal a actuellement beaucoup de promoteurs qui reconnaissent la simplicité de son exécution et des suites, la qualité de sa continence. Cette intervention, poursuivent-ils, reste comparable aux résections par voie abdominale et mérite peut-être de les remplacer lorsqu'elles deviennent techniquement difficiles, mais ce type d'intervention retire moins d'ailerons et de méso-rectum que l'amputation trans-anale et ne s'applique pas, à notre sens, aux cancers de même siège. Quant à M. André TOUPET, il estime que la seule indication de l'opération, type Duhamel, est le rétablissement de la continuité intestinale après opération de Hartmann, lorsque le moignon rectal est trop court pour permettre une anastomose par voie abdominale.

« Je ne suis pas persuadé d'ailleurs dans ce cas, ajoute-t-il, qu'il soit indiqué de passer dans l'espace pré-sacré, c'est-à-dire en arrière du moignon rectal, qui colle le plus souvent si intimement à la face antérieure du sacrum qu'il est difficile de le libérer sans risquer d'en déchirer les tuniques, même en attaquant cet espace de bas en haut par voie trans-sphinctérienne. Je pense, sans en avoir une expérience suffisante, qu'il est préférable de passer en avant et de suivre de bas en haut par voie trans-sphinctérienne le décollement recto-vaginal ou prostatique le plus haut possible et d'aller à la rencontre de ce décollement par voie abdominale, sans être obnubilé par la vessie qui bascule en arrière. Cette position pré-rectale du côlon abaissé me paraît également plus satisfaisante pour la position du méso qui doit en principe rester antérieur et qui ainsi ne risque pas d'être pris dans les pinces que place DUHAMEL. »

M. André TOUPET limite les indications de son opération trans-anale par retournement, exceptionnellement dans les cancers du rectum situés entre 8 et 10 cm, mais en reconnaît les inconvénients : récidives locales et fistules, qu'il compte juguler par une technique à l'étude : la résection trans-anale par retournement avec section oblique antérieure réalisant un héli-Babcock en avant et une héli-résection en arrière. (GROB, à Zurich, a mis au point une technique identique pour le traitement de la maladie de Hirschsprung, qu'il considère comme un « compromis » entre le Swenson et le Duhamel.)

De ces dernières discussions, l'opération de Babcock qui a été tant décriée, semble connaître un regain de sympathie, au détriment des autres procédés conservateurs. M. Cl. HOUDARD va même jusqu'à dénier toute indication dans le cancer rectal, à l'abaissement rétro-rectal.

POUR NOUS RÉSUMER :

L'abaissement rétro-rectal trans-anal du côlon prend une place de plus en plus précise dans la chirurgie recto-colique de l'adulte.

Par sa simplicité d'exécution, il est facilement conduit et peut être effectué par un chirurgien non spécialisé. L'expérience montre que dans le cancer ampullaire du rectum, il est certainement supérieur aux autres procédés conservateurs et permet de rétablir la continuité après résection recto-sigmoïdienne, en évitant d'une part les écueils de l'anastomose abdominale directe et, d'autre part, les lésions sphinctériennes, mettant ainsi le malade à l'abri de deux infirmités notoires : l'anys définitif contre nature et l'incontinence anale.

Il résout également le problème de l'iléostomie cutanée ou anale après côlectomie dans les polyposes et les recto-côlites ulcéro-hémorragiques quand le rectum ne participe pas au processus.

Dans les tumeurs bénignes et les lésions fonctionnelles du recto-sigmoïde, il trouve une indication de choix.

Par contre, il ne faut pas l'utiliser toutes les fois que l'anastomose est facile par voie abdominale. Il faut également lui préférer l'amputation quand la lésion rectale est perçue au toucher rectal.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Voici, dans les pages qui suivent, quelques observations inédites donnant un aperçu sur la technique de l'abaissement rétro-rectal trans-anal chez l'adulte.

OBSERVATION N° 1

Madame B... Jeanne, soixante-trois ans, opérée trois ans auparavant d'un néo du sein.

Signes cliniques de néo colique, que les radiographies et la rectoscopie localisent à la jonction recto-sigmoïdienne.

● INTERVENTION le 14 octobre 1960 (Prof. agrégé B. DUHAMEL)

1° *Médiane sous-ombilicale*

— Pas d'ascite, foie et péritoine normaux ; ovaires normaux.

— Grosse tumeur du bas sigmoïde prolabée dans le Douglas, présentant des adhérences semblant inflammatoires, avec la face postérieure de l'utérus, l'uretère gauche et une anse grêle. Mésos normal, sans adénopathie.

— Résection de l'anse grêle adhérente et anastomose termino-terminale en deux plans de soie.

— Résection recto-colique ; fermeture du rectum et décollement rétro-rectal. Le côlon préparé pour l'abaissement est fermé, noué sur une compresse et tassé dans le décollement rétro-rectal.

— Péritonisation sous antibiotiques et fermeture de la paroi.

2° *Dilatation de l'anus et incision de la paroi postérieure du canal anal*, 1 cm au-dessus de la ligne ano-cutanée. On trouve tout de suite la compresse qui repère le bout colique. Celui-ci est abaissé et l'opération est terminée comme pour une maladie de Hirschsprung.

— *Chute des pinces* et rétablissement d'un transit normal le huitième jour post-opératoire.

— Sortie le vingt-troisième jour post-opératoire.

• HISTOLOGIE (Prof. GAUTHIER-VILLARS)

Epithélioma glandulaire de type lieberkühnien, qui est nécrosé très largement en surface. Le grêle réséqué ainsi que les ganglions trouvés dans le méso ne présentent pas de lésions inflammatoires.

— *Revue le 10 janvier 1961* (presque trois mois après l'opération) : selles moulées ; aucune perte de selles ni de gaz ; aucun trouble urinaire ; bon appétit, reprend du poids.

— *Le 16 juin 1961* :

A grossi de 9 kg ; aucun trouble de la défécation.

Au toucher rectal, anastomose large et souple.

A la rectoscopie : rien à signaler.

— En 1963, la malade va toujours parfaitement bien du point de vue général et local.

OBSERVATION N° 2

M. T... Maurice, cinquante-deux ans.

A la suite de douleurs anales, sans hémorragie, une rectoscopie permet de découvrir une *tumeur vilieuse* de la face antérieure du rectum, diagnostic confirmé par biopsie.

Le toucher rectal permet très difficilement de sentir la tumeur, à bout de doigt, en faisant pousser le malade.

• INTERVENTION le 15 juin 1962 (Prof. agrégé B. DUHAMEL)

— Médiane sous et latéro-ombilicale.

Pour découvrir et réséquer la tumeur, il faut disséquer le rectum jusqu'à la limite de la possibilité de fermeture par voie haute (presque au niveau des hémorroidales moyennes). Fermeture du rectum par deux bourses de soie, et abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon selon la technique utilisée pour la maladie de Hirschsprung.

— Chute des pinces d'entérotomie le neuvième jour post-opératoire. Le contrôle parfait de la défécation n'est signalé qu'au bout de la troisième semaine post-opératoire.

— Revu le 27 septembre 1962 : anus de morphologie normale, souple et tonique. Anastomose souple, aucune rétention ; le malade ne se salit absolument pas et contrôle bien ses besoins.

• HISTOLOGIE (Prof. agrégé NÉZÉLOF)

Tumeur vilieuse du rectum, cytologiquement très active, mais paraissant actuellement encore bénigne.

OBSERVATION N° 3

M. H... Albert, âgé de cinquante-sept ans, est hospitalisé en médecine à l'Hôpital de Saint-Denis, le 27 décembre 1962, pour tumeur villeuse du rectum en voie de transformation.

Depuis deux mois, en effet, il se plaint de rectorragies persistantes.

A l'examen, en faisant pousser le malade, on sent au toucher rectal une masse arrondie, molle, régulière, de la grosseur d'une noix.

L'examen endoscopique montre que cette tumeur est située à la jonction recto-sigmoïdienne et qu'elle a l'aspect clinique d'une tumeur villeuse.

La biopsie, par contre, est formelle : tumeur villeuse en cours de transformation maligne.

• Le malade passe en chirurgie et il est OPÉRÉ le 29 janvier 1963 (Prof. agrégé B. DUHAMEL).

On pratique avec facilité l'abaissement rétro-rectal trans-anal.

Les suites opératoires sont très simples.

— 1^{er} février : première selle.

— 4 février : chute d'une pince d'entérotomie suivie le lendemain de celle de la seconde pince.

Sortie de l'hôpital retardée le 28 février, des suites d'une éruption cutanée d'origine allergique.

— Revu le 18 avril 1963 : excellent état général ; selles normales ; continence parfaite.

OBSERVATION N° 4

Mme Lob... Henriette, cinquante-neuf ans.

Hospitalisée à l'Hôpital d'Argenteuil, le 25 mai 1962, présente :

Troubles intestinaux depuis un an ; pas de rectorragies.

Altération de l'état général.

Antécédents :

Grossesse extra-utérine opérée en 1934 (médiane sous-ombilicale + appendicectomie).

Périnée en 1956. Ménopausée depuis 1955.

Examen :

Abdomen souple ; au toucher rectal, à 12 cm probablement sur la face antérieure, masse molle présentant la consistance d'une tumeur villeuse.

Rectoscopie montre :

Tumeur antérieure gauche.

Biopsie :

Fragment d'une production tumoriforme hyperplasique présentant les caractères du polyadénome rectal.

• Le 6 juin 1962 : INTERVENTION (Dr LAZARD)

Technique Duhamel-Dedon. Résection sigmoïdo-rectale abdomino-trans-ale avec abaissement rétro-rectal du sigmoïde. Drain de Redon de la concavité sacrée sortant par la fesse gauche.

Examen de la pièce : tumeur de 5 cm de large, 3 cm de haut, 3 cm d'épaisseur. La tumeur est à 5 cm de la section inférieure. La longueur du sigmoïde enlevé est de 20 cm. Aspect d'une tumeur villositaire suspecte de malignité.

• SECONDE BIOPSIE ET EXAMEN HISTOLOGIQUE :

Tumeur villositaire imposant des réserves pronostiques à cause de quelques anomalies nucléaires observées dans l'épithélium rectal au voisinage de la base d'implantation de la tumeur.

Suites opératoires très simples.

— 11 juin 1962 : chute des pinces.

— 16 juin 1962 : ablation des derniers fils.

— 2 juillet 1962 : sortie de l'hôpital.

— *Revue les 26 et 13 septembre 1962 :* sphincter actif. Moignon rectal de 7 cm. Suture postérieure souple et régulière. Ogive anastomotique à 4 cm. Bon état général.

— *Revue le 2 mai 1963 :* ogive anastomotique et ampoule souples. Sphincter tonique. Bon état général.

OBSERVATION N° 5

Mme Po... Christine, trente-cinq ans, deux enfants, rentre en chirurgie à l'Hôpital d'Argenteuil, le 5 juin 1962, pour lithiase vésiculaire.

Dans les antécédents, on retrouve une grossesse extra-utérine opérée en 1960.

• Le 5 juillet 1962, on pratique une CHOLÉCYSTECTOMIE (Dr LAZARD) qui se passe de façon simple et apparemment sans séquelles, mais au cours de la même intervention, on fait une petite résection du sigmoïde pour une sub-occlusion post-opératoire ; il y avait en effet sur cette anse colique un foyer de sténose cicatricielle bridé par des adhérences dues à l'intervention gynécologique antérieure.

Des complications dues à cette résection colique survinrent : désunion de la suture, abcès pelviens, occlusion secondaire ayant nécessité deux interventions supplémentaires. En outre, signalons l'incision d'un abcès de paroi, puis, devant la récurrence de l'occlusion, un anus transverse gauche qui a été fait dans le but d'atténuer les inconvénients de la fistule qui s'était formée dans l'incision médiane.

● CINQUIÈME INTERVENTION le 19 septembre 1962 :

Tentative directe de fermeture de la fistule sigmoïdienne. Nouvel échec, mais par contre, amélioration très régulière et satisfaisante de l'état général qui avait énormément empiré.

Un examen radiologique pratiqué le 15 janvier 1963 montre une perméabilité du côlon, donnant un espoir à la fermeture de la fistule et au rétablissement du transit.

Pendant les mois de janvier et de février 1963, on pratique des lavages alternatifs par le bout colique supérieur et l'anus naturel, confirmant ainsi leur communication.

● Le 29 avril 1963 : INTERVENTION (Dr LAZARD)

Résection recto-sigmoïdienne avec abaissement rétro-rectal et trans-anal du côlon suivant la technique Duhamel. Fermeture de l'anus transverse.

Opération assez longue pourtant par suite de la libération de plusieurs anses intestinales accolées derrière le pubis, ainsi que l'ablation de la trompe droite kystique.

Décollement pré-sacré facile ; résection de 12 cm de l'anse sigmoïde altérée ; abaissement correct du sigmoïde ; temps périnéal avec résection immédiate de la zone colo-rectale en V délimitée par les pinces entérotomes. Drain de Redon dans la concavité sacrée ; réfection de la paroi.

Fermeture de l'anus transverse gauche par anastomose termino-terminale.

Les suites opératoires sont bonnes : gaz et selles le troisième jour. Chute des pinces le cinquième et septième jours.

— Réexaminée le 6 juin, le jeu sphinctérien est normal, les selles sont normales et bien moulées.

— Départ en vacances le 10 juillet 1963.

— Revue le 28 août 1963 : bon état général, résultat fonctionnel parfait.

Cette observation nous montre que l'abaissement rétro-rectal peut donc résoudre élégamment certains problèmes délicats de rétablissement de la continuité intestinale.

OBSERVATION N° 6

Madame M... Gabrielle, soixante-trois ans, est venue consulter en mai 1963 pour une tumeur rectale.

La biopsie a confirmé qu'il s'agissait d'un cancer du rectum siégeant à 9 cm de la marge de l'anus.

Epithélioma glandulaire du rectum (Dr J. GUILLAINE).

Excellent état général. La malade, par ailleurs, étant aide-infirmière, refuse absolument toute possibilité d'anus de dérivation temporaire ou définitive et n'accepte l'intervention qu'à cette condition.

- INTERVENTION le 24 mai 1963 (Dr R. CHARPIN).

Médiane sous-ombilicale ; il n'existe pas de métastases. L'exploration met en évidence la tumeur siégeant sur la face postérieure du rectum, assez bien limitée, mobile sur tous les plans. Il n'y a pas d'extension locale ; quelques adénopathies.

Devant cette tumeur, il est décidé de pratiquer une ablation de tout le segment intestinal intéressé et un abaissement rétro-rectal du côlon.

La résection emporte 4,5 cm de côlon au-dessous et 20 cm au-dessus de la lésion avec curage ganglionnaire.

Après décollement, on parvient facilement à abaisser le côlon jusqu'au plancher péritonéal.

Fermeture du cul-de-sac rectal en deux plans.

Par une incision semi-circulaire sur la face postérieure de l'anus, on dissèque entre la muqueuse et le sphincter. Le côlon est facilement retrouvé, fixé à la face postérieure en points séparés de nylon et accolé en avant avec mise en place de deux pinces de Kocher.

Le cul-de-sac ainsi créé ne mesure pas plus de 4 cm.

Paroi en trois plans catgut et nylon.

Les suites opératoires sont bonnes.

Les pinces de l'anus tombent au sixième jour et la malade reprend le transit intestinal à partir du troisième jour.

— *Revue* en septembre 1963, elle est en excellent état et a récupéré une continence complète pour les matières solides. Elle ne se plaint que de quelques « fuites » en cas de diarrhée.

Ce résultat nous semble excellent si l'on considère le niveau très bas de la tumeur.

OBSERVATION N° 7

Monsieur B... Georges, soixante-deux ans, est hospitalisé à Saint-Denis, le 4 avril 1960, pour tumeur villeuse du côlon.

Des antécédents du malade, il ressort que ce dernier avait subi auparavant (aucune date n'est précisée) une résection endo-anale d'une tumeur villeuse du rectum située à 5 cm de l'anus et dont l'examen histologique ne montrait aucun signe de malignité.

L'examen radiologique et deux rectoscopies successives montrent la présence d'une tumeur placée à 17 cm environ de l'anus. Une azotémie à 0,75 g/l fait surseoir à l'opération projetée.

- Après équilibration relative, l'INTERVENTION est décidée pour le 30 avril 1960 (Dr Ch. DE GROOTE).

Après identification de la tumeur à l'exploration de l'abdomen, on s'aperçoit que le bassin est profond et qu'une anastomose dans ces conditions serait mal-

aisée. On exécute alors l'exclusion du rectum. Après l'ablation de la tumeur, le clivage pré-sacré est conduit sans difficulté jusqu'au plancher pelvien, suivi de l'abaissement rétro-rectal du colon. Le temps périnéal fut exécuté selon la méthode habituelle et les pinces entérotomes furent placées le plus haut possible dans le rectum.

Les suites opératoires semblaient simples malgré un affaiblissement de l'état général, mais le malade décéda brutalement, le 7 mai 1960, des suites d'une embolie pulmonaire confirmée à la nécropsie par un infarctus massif.

OBSERVATION N° 8

Monsieur D..., soixante-sept ans.

Hospitalisé pour néo du rectum situé à 12 cm.

Il s'agit d'un homme obèse, pléthorique.

• INTERVENTION le 3 avril 1963 (Dr R. CHARPIN)

Devant la profondeur du bassin et les difficultés opératoires dues en particulier à l'obésité, plutôt qu'une suture termino-terminale dans des conditions aléatoires, il est décidé de pratiquer un abaissement rétro-rectal du rectum.

Résection de l'intestin emportant 6 cm de tumeur au-dessous et 18 cm au-dessus.

Fermeture du moignon rectal. Abaissement rétro-rectal selon la technique décrite.

L'incision de la marge de l'anus est faite à la face postérieure de la muqueuse, un peu en dedans de la ligne ano-cutanée.

Entérotomie sur pinces.

Les suites immédiates sont bonnes.

— Le transit intestinal reprend au troisième jour.

— Les pinces tombent au cinquième jour et il semble que le transit intestinal et la continence sphinctérienne se rétablissent rapidement et normalement.

Malheureusement, le malade décède au neuvième jour avec insuffisance cardiaque aiguë et embolie pulmonaire.

Biopsie rectale : épithélioma glandulaire du rectum (Dr J. GUILAINE).

CONCLUSIONS

I. — L'abaissement rétro-rectal trans-anal du côlon après résection recto-colique abdominale et exclusion du rectum sous-péritonéal a été imaginé et présenté par le Professeur agrégé B. DUHAMEL pour remplacer l'opération de Swenson dans le traitement de la maladie de Hirschsprung.

Il consiste à sectionner et à fermer le rectum au fond du cul-de-sac de Douglas, par voie abdominale. Après ablation de la lésion, le côlon est mobilisé par des sections vasculaires et des décollements nécessaires pour son abaissement, et il est fermé temporairement et placé en attente.

On procède ensuite au clivage de l'espace pré-sacré rétro-rectal. Ce clivage est poursuivi jusqu'au plancher pelvien au moyen d'un tampon monté sur un clamp courbe qui repousse et déroule dans l'anus la paroi postérieure du canal anal. Dans un second temps périnéal, on incise la demi-circonférence postérieure du canal qui bombe sous la pression du tampon monté et on retrouve ainsi facilement le décollement pré-sacré effectué précédemment par voie abdominale. Le bout colique resté en attente est repris par cet orifice ano-abdominal ainsi créé, et abaissé derrière le moignon rectal, puis solidarisé à celui-ci par deux longues pinces de Kocher placées en V renversé et faisant office d'entérotomes. Ces pinces adossent et accolent intimement les deux parois rectale et colique. Une branche de chacune d'elles étant intra-colique, l'autre intra-rectale, les deux becs se rejoignent le plus haut possible dans le rectum, elles délimitent un triangle muqueux à base externe qui va se sphacéler en quelques jours. Il trouve ainsi formé après la chute spontanée de ces pinces, un néo-rectum sans suture, donc sans danger de fistule, ayant conservé son exacte sensibilité et continuant la commande du jeu sphinctérien.

L'abaissement rétro-rectal représente un progrès considérable dans le traitement de la maladie de Hirschsprung. Il permet d'éviter

la dissection du rectum, temps très choquant, et la suture réintégrée, source de complications (fistules, abcès, rétrécissements, etc.) et donne un résultat fonctionnel parfait.

II. — Quoique destinée à la chirurgie infantile, cette méthode s'est avérée susceptible de trouver des indications dans la chirurgie recto-colique de l'adulte.

C'est ainsi qu'elle fût expérimentée pour les cancers du tiers moyen de l'ampoule rectale et les cancers recto-sigmoïdiens, pour les tumeurs villeuses du rectum et les lésions bénignes en général, pour les fistules sigmoïdiennes, pour le rétablissement de la continuité intestinale après côlectomie totale ou après opération de Hartmann.

III. — Des objections et critiques qui ont été faites à propos de ses indications depuis son application chez l'adulte, on peut déduire ce qui suit :

L'abaissement rétro-rectal trans-anal du côlon n'a certes pas une large place dans le traitement du cancer du rectum, mais il en a une indiscutablement.

Ses indications se situent au niveau de l'ampoule rectale, entre les limites de la résection avec anastomose abdominale et l'amputation franche.

Il permet cependant de résoudre élégamment certains problèmes de rétablissement de la continuité intestinale qui peuvent déborder de ces limites, évite au malade d'une part l'anus définitif contre nature comportant, il faut le dire, une infirmité qui crée un complexe vital psychique diminuant considérablement la personnalité du patient, et d'autre part l'incontinence sphinctérienne aussi désagréable.

La simplicité relative de l'intervention, les suites opératoires très simples, la préservation intégrale des fonctions sphinctérienne et génitale, enfin l'expérience que l'on a de la technique comme en témoignent les observations de ceux qui la pratiquent, permettent d'avancer que, l'abaissement rétro-rectal trans-anal ayant fait ses preuves, mérite d'être inséré dans l'arsenal thérapeutique de la chirurgie recto-colique de l'adulte.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
OLIVIER

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAINES (F. D'). — Traitement chirurgical du cancer du rectum. (Paris, Flammarion, 1946.)
- *Journal de Chirurgie*, 1943, t. 59, n° 1-4, p. 1 (voie abdomino-sacrée).
- ALLAINES (D'), DUBOST et FOURNIER. — *Arch. Mal. App. Dig.*, novembredécembre 1949, t. XXXVIII, n° 11-12, p. 1096.
- ALLAINES (F. D'), DUBOST (Ch.) et RENAULT. — *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 18 mai 1950, 26^e année, n° 37, p. 1735 (conservation du sphincter).
- ALLAINES (D') (Paris) et VERNEJOUL (Marseille). — *Rapport au XLIX^e Congrès Fr. de Chir.*, octobre 1956 ; — *Jour. de Chir.*, 1946, t. 62, n° 78.
- BABCOCK (Philadelphie). — *S.G.O.*, juillet 1947, t. 85, n° 1, p. 1.
- BACON (Harry E.). — *Anus, rectum, sigmoïd, côlon*. 2 vol. (Philadelphie and London, Lippincott Cy, 3^e édit., 1949 (vol. II, pp. 737 et suiv.).
- BENSAUDE (A.). — *Thèse*, Paris, 1937.
- CHARRIER et LOYGUE. — *Sem. Hôp. Paris*, 18 juillet 1950, 26^e année, n° 53, p. 2587.
- DIMITRIU et GRIGORESCO. — *Lyon Chir.*, mars-avril 1934, t. XXXI, n° 2, p. 179.
- DUHAMEL (B.). — *Presse Médicale*, 1956, 64, 2249.
- *Mém. Ac. Chir.*, 1959, 85, 192.
- *Ann. Chir. Inf.*, 1962, 3, 215.
- *Gazette Médicale de France*, 2 février 1963, vol. 70, p. 599.
- EHRENPREIS (Th.). — *Surgery*, 1961, 49, 701.
- GROB (M.) et coll. — *Zentralblatt f. Chir.*, 1959, 84, 1781.
- HARTMANN. — *Chir. du rectum* (p. 70). (Paris, Masson, 1931.)
- HIATT. — *Annals of Surg.*, mars 1951, t. 133, n° 3, p. 321.
- HOUDARD (Cl.) et CHEVREL (J.P.). — *Mém. Ac. Chir.*, 1963, 18-19, 549.
- HOURLLOULE (F.G.) et GÉRARD (Y.). — *Le petit bassin (anatomie)*. (Paris, Maloine, 1960.)

- KOSTIA (J.). — *Arch. Dis. Child.*, 1962, 37, 167.
- LOUW (J.H.). — *South Afr. Med. Journ.*, 1961, 35, 1033.
- PAGES (R.). — *Thèse*, Paris, 1962.
- QUÉNU et PERROTIN. — *Traité de technique chirurgicale* (tome VI). (Paris, Masson et Cie, 1960.)
- REDON (H.) et DEBRAY (Ch.). — *Presse Médicale*, 1962, 70, n° 5, 218.
- REDON (H.), MÉNÉGAUX (J.C.) et LOLMÈDE (Ch.). — *Mém. Ac. Chir.*, 1962, 88, 405.
- REDON (H.). — *Indications chirurgicales dans le traitement des cancers*. (Paris, Masson, 1962.)
- ROVIRALTA (E.) et CASASA (J.M.). — *Le mégacôlon congénital*. (Paris, Masson, 1962.)
- ROUVIÈRE (H.). — *Anatomie humaine* (tome II). (Paris, Masson, 1954.)
- SÉNÈQUE. — *Presse Médicale*, 6 juillet 1946, n° 31, p. 452.
- SWENSON et BILL. — *Surgery*, 1948, 24, 212.
- TERQUIEM, VIEL et SOBELMAN. — *Arch. Mal. App. Dig.*, 1960, 49, 800.
- TOUPET (André). — *Presse Médicale*, 6 août 1949, n° 51, p. 735.
— *Jour. Chir.*, janvier 1950, t. 66, n° 1, p. 37.
— *Presse Médicale*, 25 décembre 1951, t. 59, n° 82.
- VILLARD. — XXXI^e Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1922 (p. 861).
— XXXIV^e Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1925 (p. 134).
- VILLARD et RICARD. — *Lyon Chir.*, janvier-février 1934, t. XXXI, n° 1, p. 49.

